病人能进食，就将饭菜混合，告之是剩饭，使病人的罪恶感得以减轻，并告之饭菜不吃，剩下浪费就是罪上加罪。③抑郁状态：14例，患者情绪低落呈精神运动性抑制状态，动作行为迟缓，进食进水困难，劝说以耐心说服为主，鼓励病人进食，个别病人需喂饭或强制下进食。④药物反应6例，由于服用抗精神药物致锥体外系反应，患者表现吞咽、咀嚼困难，护士在与医师联系及时处理的同时，给予解除鼓励，并协助进食。⑤酒依赖：2例，由于酒精中毒所致精神和行为发生障碍，病人不思饮食，戒酒后发生恶心、呕吐等消化道症状。应督促和协助病人进食，诱发病人的食欲。

讨论

（1）建立良好的护患关系，取得患者的信任：这是了解拒食原因及取得劝说成功的关键。首先对病人要热情、耐心、细心，用自己对病人的一片爱心和同情换取信任，使其主动向你倾吐内心“不幸”，进而听从你的劝说，否则就无法劝说病人进食。要注意不要哄骗病人，也不要指出病人的症状是“无中生有”，“是病态”等等不良语言，使患者产生抗拒的心理，无法与病人沟通采取相应的方法。

（2）转移注意力，消除抗拒心理：患者常因劝解无效而使拒食念头强化，因而尽可能的避免医护人员及患者周围人的言行和态度对病人产生的暗示作用。不要说“××看到什么了，听到什么了或嗅到什么怪味了”等等，对病人不要用奇怪的表情、责怪的目光和训斥的语言，也不要围观病人，要耐心劝说，注意寻找病人感兴趣的话题，如若无其事询问其家在何处？使其错以为快要出院而服从劝说。

（3）了解病因，对因护理：病人入院后认真询问病史，查阅病历，设法了解其拒食的原因，针对原因进行心理护理，同时注意有无躯体疾病及药物反应，如发热、腹泻、吞咽困难等。

（4）注意进第一口饭：病人能否进第一口饭，常是劝说是否成功的关键，首先转移注意力，消除或暂时减轻抗拒心理，然后使病人拒食念头动摇，接着再劝进食。不要在患者对你反感或不信任的情况下，硬把饭往嘴里塞，一般经劝说吃几口饭后，常能自己进食。

虽然我们在工作中对拒食病人做了各方面的工作，但并非每个病人都能很快被说服，对劝说无效的病人，采取鼻饲或强制进食也是非常必要的。

剖胸术后胸腔闭式引流管的护理

赵　云　孟庆菊

250400 山东省平阴县中医医院

我科2002年1月～2004年7月开胸手术80例，其中男75例，女5例，年龄35～79岁，其中食管贲门癌74例，食管撕裂1例，肺叶切除5例，92%的患者术后48～72小时拔管，其余手术后第13日内顺利拔管。

护理：食管癌根治术一般只需放置1根胸腔闭式引流管，以排胸腔积液，肺叶及肺段切除术一般需放置2根引流管，上管置于第二肋间，用于排气，下管置于腋中线第七八肋间，用于排出积液。全肺切除术后放置1根胸腔闭式引流管，接无菌水封瓶，平时夹闭，根据病情决定开放，以了解和调节胸腔内压力，防止纵隔移位。

（1）维持引流系统密封，保持引流管道通畅：手术后应每30～60分钟挤压引流管1次，防止管口被血凝块堵塞，以保证有效引流，挤压时先夹闭排液管下端，两手反复同时挤压胸近端引流管后开放，使引流液顺利排出。挤压时注意避免牵拉致病人疼痛不适，对疑有内出血病人，应增加挤压引流管次数保持引流通畅，准备及时反映病情，本组病例无堵管现象发生。

维持引流系统密封，随时观察水封瓶玻璃管内水柱波动情况是观察胸腔内压判断引流是否通畅的重点环节，本组病例术后早期负压波动范围为－0.392～－0.98kPa，随着胸腔内气体及液体排出，肺渐复张，残腔缩小，手术后36～72小时内液面波动范围为－0.098～－0.294kPa，对于肺段切除术后有大量气体引流时，告诫病人不要用力咳嗽，以免加重肺段面漏气，影响愈合及延长拔管时间。

（2）严密观察引流液的性质、颜色和量：正常情况下引流量应少于100ml/小时，术后第一个5小时内应每小时记录1次引流量，术后当日多为血性液，以后渐为浅红色，不易凝血，如出现短时间内引流量增多，颜色为鲜红色，性质较黏稠，易凝血，则疑为胸腔内活动性出血，其主要原因可能为术中局部止血不良，在病人拔除气管前因吸痰受到刺激，剧烈呛咳，麻醉清醒前病人强力挣扎等因素，也可以引起术后急性大出血。

（3）体位，有效镇痛，利于引流：全麻术后完全清醒后给半卧位，有利于引流及呼吸。术后第1日晨协助鼓励病人坐起，护士给按扶胸部伤口，鼓励示范病人咳嗽，以利排出气管深部痰液使肺复张。肺复张有利于胸腔内积气积液的排出。操作时注意保持引流管及水封瓶的位置低于胸腔，以防引流液逆流造成感染，同时注意观察病人面色及心率的变化。

剖胸手术创伤范围大，胸壁神经受损，术后疼痛较严

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

重，加之胸腔置管，均可使肋间肌和膈肌运动受阻，影响呼吸功能，使肺组织的弹性回缩减弱，肺泡和支气管分泌物聚积不易咳出，而咳嗽及变换体位，伤口受到牵拉加重疼痛，病人会自动限制胸廓活动控制咳嗽，痰液无法排出，导致肺部并发症，不利引流。故术后有效镇痛，可抑制机体应激反应，利于病情稳定，病人有信心和能力配合治疗和护理，我们使用镇痛泵止痛，选用芬太尼，吗啡加生理盐水以每小时2ml速度持续恒量静脉注入，止痛效果显著，优于肌内注射，病人乐于接受积极配合。对耐受力差的病人因疼痛不愿咳嗽，我们耐心讲解其重要性，必要时先给止痛剂后再进行拍背排痰。同时我们自术后第1日开始给予雾化吸入稀释痰液，易于咳出。本组1例鼻导管吸痰，其余病人均能配合有效咳嗽无肺不张发生，胸腔引流通畅为早期拔管起到决定性作用。

(4) 拔管的护理：开胸手术后48～72小时水封瓶内水柱波动幅度小或停止，无气体排出，胸腔引流液24小时小于100ml，病人无呼吸异常，听诊肺呼吸音清晰，胸部X线检查肺膨胀良好，即可拔除引流管。拔管时注意病人深吸气后摒气，以免拔管时管端损伤肺组织，拔管后立即用无菌凡士林纱布按压插管处伤口。拔管后注意观察局部有无渗血渗液、漏气及呼吸情况。

(5) 心理护理：手术前健康指导不可忽视，术前两日开始循序渐进向病人讲解置管的部位、意义及有关疼痛的知识，告知病人疼痛与心理的潜在关系，介绍一些镇痛方法，从而减轻病人的心理压力，术后认真听取患者的主诉，耐心解答疑问，适时进行心理指导。要经常分散病人的注意力，指导患者做深呼吸，拔管后鼓励下床活动，预防并发症。

护理程序在机械通气撤机过程中的应用

朱述兰　马灿平

277500 山东省滕州市中心人民医院

我院ICU从2003年2月～2004年2月，将护理程序应用于呼吸机撤机的36例病人中获得了满意效果。介绍如下。

一般资料：机械通气病人36例中，男21例，女15例，年龄32～66岁，平均48岁。慢性阻塞性肺病（COPD）15例，脑血管疾病5例，冠心病、急性心肌梗死6例，重症有机磷中毒8例，格林巴利综合征2例。机械通气时间2～62日。

1 护理程序

(1) 撤机前评估及护理问题：

评估：①原发病。评估病人原发病是否得到解除或正在解除中。②肺功能。主要观察自主呼吸频率是否＜25次/分钟，通气、氧合功能（潮气量是否＞250～300ml、静息通气量是否＜10L/分钟，动脉血气是否正常或接近正常）。③营养状态。血浆蛋白、血红蛋白是否正常，电解质是否平衡。④心理障碍。病人是否有精神紧张，恐惧和依赖心理。

护理问题：根据病人评估情况预见性地提出护理问题。①病人出现焦虑、紧张，可能与知识缺乏和心理依赖有关。②机械通气气道不畅，可能与气道湿化不足、痰液黏稠有关。③呼吸肌疲劳，可能与机械通气模式、参数调节不当及撤机过早有关。

(2) 护理目标：①导致呼吸衰竭的原发病得到控制。②肺功能良好。自主呼吸频率＜25次/分，浅快呼吸指数≤105，预计撤离成功（浅快呼吸指数＝自主呼吸频率/潮气量），自主呼吸试验时间一般以自主呼吸30分钟为宜，通气氧合功能主要指标达到：潮气量＞5ml/kg，静态通气量＜10L/分钟，最大吸气压＞－20cmH_2O；动脉血气分析；吸氧浓度＜40%时，动脉氧分压＞60mmHg；吸氧浓度＝100%时，动脉氧分压＞300mmHg。③呼吸道通畅。痰液稀薄（如米汤或白色泡沫样），易咳出。④营养状态良好。血清白蛋白＞30g/L，HB＞120g/L，保持血清钾、钠、氯、钙正常水平。⑤心理状态。病人对撤机有充分认识及良好的心理准备，停机前12小时停用镇静安眠药，因他们对呼吸中枢的抑制使患者自主通气功能减低。

(3) 护理：

加强原发病控制：许多疾病只有原发病得到控制时，才能考虑撤机。如本组中慢性支气管感染伴呼吸衰竭14例，有机磷中毒伴呼吸衰竭6例，急性左心衰竭6例，脑血管疾病5例，均积极控制原发病后实施撤机。

避免呼吸肌疲劳：①合量应用呼吸肌。长期使用机械通气，如机械通气次数较多，可使呼吸肌处于静息状态，造成废用性收缩无力或肌肉萎缩，通气次数过少，则加重呼吸肌疲劳，导致撤机时间延长。因而根据病人具体情况，应及进合理地调整机械通气模式及各参数，同时鼓励病人积极进行呼吸功能锻炼。本组对33例病人均尽早、及时、合理使用撤机模式，Simv、Psv、CPAP或联合应用，合理调整各参数，使之既锻炼呼吸肌的功能，又减少呼吸肌做功；根据病例情况拟定呼吸肌训练计划，锻炼呼吸肌的收缩力和耐力，鼓励病人深呼吸，开始5～10分钟/次，3～5次/日，以后逐渐增加次数和时间，防止呼吸肌废用性萎缩。②营养支持。呼吸衰竭和机械通气病人，常伴有一定程度的营养不（转封三）

© 1994-2006 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net